




Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Ocampo

HOMOCLAVE	OC-DSA-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	29	1	2021	
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.						
APOYO A LA CIUDADANIA EN GASTOS MEDICOS						
SE APOYA ECONOMICAMENTE A LAS PERSONAS QUE REQUIEREN REVISION POR PARTE DE UN MEDICO.						
II. MODALIDAD.						
Presencial						
III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.						
PRESUPUESTO DE EGRESOS PARA EL MUNICIPIO DE OCAMPO EJERCICIO FISCAL 2021						
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.						
CUANDO EL CIUDADANO SOLICITE EL APOYO						
PASOS						
LLEGA EL CIUDADANO	SE REALIZA EL TRAMITE PARA EL PAGO DE MEDICAMENTOS / SERVICIOS					
EL CIUDADANO EXPLICA EL MOTIVO DE LA SOLICITUD DE APOYO	SE ENVIA EL VALE A FIRMAS EN SECRETARIA					
SE SOLICITA DOCUMENTACION	SE ENTREGA EL VALE A EGRESOS PARA EL PAGO DEL VALE DE MEDICAMENTOS / SERVICIOS					
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.				SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACION, AUTORIZACION O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.		
CREDENCIAL, CURP, COMPROBANTE DE DOMICILIO				SE ENVIAN LOS DOCUMENTOS DE SOLICITUD A LA ALCALDESA PARA SU APROBACION		
RECETA MEDICA, DIAGNOSTICO MEDICO						
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.						
OFICIO DE APOYO Formato libre						
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.				FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO		
N/A				N/A		
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.						
N/A						
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.						
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO			
Omar Emmanuel Gonzalez Araiza	4286830065 ext. 109		saludocampo@gmail.com			
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.				FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
5 DIAS HABLES				Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	X

XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		1 día
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		3 días
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO
GRATUITO		N/A
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
N/A		
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Realizamos un estudio rapido socioeconómico para evaluar la situación y entregar los apoyos		
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	Presidencia Municipal	
AREA O DEPARTAMENTO	Dirección de Salud	
DOMICILIO (S)	Plaza Principal #208	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.		
Lunes a viernes de 9:00 am a 16:00 pm		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	Plaza Principal #208	
TELEFONO (S)	4286830065 ext. 109	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	saludocampo@gmail.com	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloría Municipal	4286830065 ext. 120	ocampo.contraloria@gmail.com
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
CREDENCIAL Y VALES DE APOYOS		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 Omar Emmanuel Gonzalez Araiza		